



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO

La compañía se complace en atender sus necesidades de atención médica. Para permitir que su farmacia retenga su tarjeta de crédito en el archivo, complete y firme este Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito. Si tiene preguntas sobre los cargos a su cuenta, póngase en contacto con su farmacia.

CUSTOMER INFORMATION

Condiciones del acuerdo del titular de la tarjeta

Al firmar este Formulario de Autorización de Tarjeta de Crédito, acepto ser financieramente responsable del pago de todos los medicamentos recetados y otros medicamentos, suministros y tarifas de servicio de farmacia, incluyendo, pero no limitado a, la entrega y las tarifas administrativas proporcionadas a la Cliente. Acepto proporcionar a Albertson's toda la información actual sobre la cobertura de seguro de recetas o los programas de asistencia médica bajo los cuales el Cliente es elegible. Si la compañía de seguros o el programa de asistencia médica del Cliente no paga el saldo total de un artículo, el saldo adeudado se cargará a esta cuenta. Estoy de acuerdo en permitir que Albertson retenga una copia de mi tarjeta de crédito registrada.